UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 38

UN CAS

DE

MYCOSIS FONGOÏDE

Anatomie Pathologique des Lésions Cutanées Initiales

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Février 1913

PAR

Henri CARBILLET

Né à Nouméa (Nouvelle-Calédonie), le 30 juillet 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examinateurs de la thèse

- BOSC, Professeur, *Président.*
- FORGUE, Professeur, *Assesseurs.*
- VEDEL, Agrégé, *Assesseurs.*
- MASSABUAU, Agrégé, *Assesseurs.*

MONTPELLIER

FIRMIN ET MONTANE, ÉDITEURS

PROPRIÉTAIRES DE L'ANNUAIRE DE L'HÉRAULT

1913

UN CAS

DE

MYCOSIS FONGOÏDE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES LÉSIONS CUTANÉES INITIALES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 38

FACULTÉ DE MÉDECINE

7

UN CAS

DE

MYCOSIS FONGOÏDE

Anatomie Pathologique des Lésions Cutanées Initiales

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Février 1913



PAR

Henri CARBILLET

Né à Nouméa (Nouvelle-Calédonie), le 30 juillet 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la thèse

- BOSC, Professeur, *Président.*
- FORGUE, Professeur.
- VEDEL, Agrégé — *Assesseurs.*
- MASSABUAU, Agrégé — *Assesseurs.*

MONTPELLIER

FIRMIN ET MONTANE, ÉDITEURS

PROPRIÉTAIRES DE L'ANNUAIRE DE L'HÉRAULT

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻)	. . . .	Doyen
SARDA	. . . .	Assesseur
IZARD	. . . .	Secrétaire

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales . .	MM. GRASSET (O. ✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (O. ✻).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	RAUZIER.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale. . . .	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET

Doyen honoraire : M. VIALLETON

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT HAMELIN (✻)

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés des Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr. libr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie. . . .	MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. LEENHARDT	MM. DERRIEN
VEDEL	GAUSSEL	MASSABUAU
SOUBEYRAN	RICHE	EUZIÈRE
GRYNFELTT ED.	CABANNES	LECERCLE
LAGRIFFOUL	DELMAS (Paul).	LISBONNE, ch. des f.

Examinateurs de la Thèse

MM. BOSC, prof. *président*.	MM. VEDEL, *agrégé*.
FORGUE, *professeur*.	MASSABUAU, *agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Le sujet de cette thèse nous a été inspiré par M. le professeur Léon Perrin. Nous le prions de recevoir ici l'hommage respectueux de notre profonde reconnaissance pour l'intérêt qu'il n'a jamais cessé de nous témoigner au cours de ces années d'études, pour la sympathie dont il a bien voulu nous honorer.

Nous ne saurions trop remercier M. le docteur Rouslacroix, médecin des hôpitaux, chef du laboratoire à l'Hôtel-Dieu, d'avoir bien voulu nous faciliter notre travail en mettant à notre service son expérience en histologie.

Que nos maîtres de l'Ecole de Médecine et des Hôpitaux de Marseille et — tout particulièrement MM. les professeurs Aubert, V. Audibert, d'Astros, Escat, Fiolle, François, Guérin-Valmalle, Olmer, Perrin, Piéri, Rouslacroix, reçoivent le témoignage de notre reconnaissance. Qu'il nous soit permis de leur exprimer notre vive gratitude.

Nous prions M. le professeur Bosc de vouloir bien agréer l'hommage de notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider la soutenance de cette thèse.

Nous associons dans ce sentiment MM. les professeurs Forgue, Vedel, Massabuau, qui veulent bien nous favoriser de leur présence dans notre jury.

Enfin, que nos camarades d'études, dont les conseils nous ont été si précieux au cours de ces années, reçoivent tous nos remercîments.

Notre but n'est pas de faire une étude approfondie du Mycosis fongoïde, mais simplement d'exposer, au point de vue clinique et histologique, le cas qu'il nous a été loisible d'étudier dans le service de M. le professeur Perrin.

Modeste contribution à l'étude de cette dermatose, cette observation nous a paru intéressante à signaler pour les deux raisons qui suivent. Au point de vue clinique : amélioration considérable, pour ne pas dire guérison du malade par la radiothérapie. Au point de vue histologique : nous avons pu étudier les lésions cutanées initiales encore mal connues du mycosis fongoïde.

Nous avons divisé notre travail de la façon suivante :

1°.) Description générale du mycosis fongoïde.

2°.) Relevé de notre observation.

3°.) Etude anatomo-pathologique.

4°.) Traitement.

UN CAS

DE

MYCOSIS FONGOÏDE

Anatomie Pathologique des Lésions Cutanées Initiales

Bazin définit ainsi le Mycosis fongoïde : « Maladie chronique, à marche continue, se traduisant le plus souvent au début, par des éruptions érythémateuses et lichénoïdes, et caractérisée dans sa période d'état par de véritables tumeurs de la peau, plus ou moins nombreuses et justement comparées pour le volume, la forme et même pour la couleur aux fruits connus sous le nom de tomates ».

Nous distinguerons deux périodes : 1° celle des éruptions prémycosiques ; 2° celle des tumeurs.

DESCRIPTION GÉNÉRALE DU MYCOSIS FONGOIDE

Première période ou période prémycosique. — C'est-à-dire avant l'apparition des tumeurs caractéristiques. L'affection se manifeste ordinairement sous la forme de

taches rosées ou rouges, de dimensions variables, répandues en plus ou moins grand nombre sur certaines régions du corps : troncs, face ou membres. Elles s'accompagnent de démangeaisons très vives. Ces taches des plus fugaces disparaissent pour reparaître aux mêmes points ou sur d'autres jusqu'alors épargnés. Après un temps variable, après des intervalles de rémission plus ou moins marquée, ces taches deviennent plus fixes, plus persistantes le prurit augmente en intensité, et, sous l'influence des grattages, apparaissent des éruptions secondaires papuleuses ou vésiculeuses (période eczématiforme de Bazin).

Au bout de plusieurs mois, quelquefois même, au bout de plusieurs années, la maladie continuant à évoluer, les lésions deviennent de plus en plus profondes.

On voit apparaître des infiltrations œdémateuses d'un rouge brique. La peau s'épaissit, des plaques lichénifiées, irrégulières, mamelonnées, rugueuses, prennent ainsi naissance (Période lichénoïde de Bazin).

Deuxième période ou période des tumeurs. — Sur une plaque érythémateuse ou lichénoïde, plus rarement sur la peau en apparence saine, se développent des excroissances bizarres, assez comparables, dit Bazin, à des productions verruqueuses ou molluscoïdes, mais dont le volume s'accroît rapidement. Ces tumeurs sont plus ou moins volumineuses, de la grosseur d'une cerise, d'une noix, d'un œuf de poule. Leur couleur est d'un rouge vif, de la couleur d'une tomate mûre, parfois d'un rouge sombre. D'une consistance ferme au début, elles se ramollissent, donnant lieu à des ulcérations grisâtres, sanieuses, souvent recouvertes de croûtes noirâtres et dont le pourtour est constitué par un bourrelet épais et irrégulier.

Ces tumeurs peuvent également se résorber spontanément, mais le plus souvent il s'en produit de semblables en d'autres points du corps.

Ces trois phases peuvent s'observer simultanément chez le même malade ou évoluer isolément ; un prurit intolérable accompagne chacune de ces manifestations cutanées.

Comme symptômes secondaires nous devons signaler : la chute des poils au niveau des placards lichénifiés et des tumeurs, l'hypertrophie des ganglions.

L'état général bon au début, finit par s'altérer et le malade meurt dans la cachexie.

Telle est la forme classique décrite par Bazin, forme que présentait notre malade et dont nous donnons plus loin l'observation.

A côté de cette forme, il en existe d'autres moins bien définies et que nous allons passer rapidement en revue :

a) forme à tumeurs d'emblée de Vidal et Brocq.

b) forme érythrodermique prémycosique de Hallopeau.

c) lymphodermie pernicieuse de Kaposi.

1° *Forme à tumeurs d'emblée de Vidal et Brocq.* — Dans cette forme, pas de période eczématiforme, pas de placards lichénifiés. Sur la peau saine, ou sur des taches fixes, arrondies, légèrement saillantes, discrètes, limitées en une région du corps, se forment d'emblée des tumeurs semblables à celles de la variété vulgaire. Ces tumeurs évoluent comme précédemment, se résorbant spontanément sans ulcération, ou s'ulcérant.

La mort arriverait plus rapidement que dans la forme précédente.

2° *Forme érythrodermique prémycosique de Hallopeau.* — Elle précède ordinairement la période des tumeurs. Elle est caractérisée par des taches rouges très prurigineuses, analogues à celles de la scarlatine ou de l'érythème scarlatiniforme, qui s'étendent peu à peu, se généralisent et finissent par envahir tout le tégument.

La peau est infiltrée, fortement épaissie, desquamant plus ou moins.

Le prurit est atroce, continu.

Les ganglions lymphatiques sont hypertrophiés. La rate et le foie sont augmentés de volume.

Cette forme procède par poussées au moment desquelles on note une réaction fébrile assez intense.

Comme complications, sous l'influence des grattages, apparaissent des lésions secondaires : ecthyma, folliculites, furoncles.

3° *Lymphodermie pernicieuse de Kaposi.* — Forme encore mal connue, se rapprochant de la variété précédente. Cette forme est précédée de lésions eczémateuses et lichénoïdes. Les tumeurs sont formées par du tissu réticulé ; elles débutent par l'hypoderme. On y observe une leucocytose intense.



RELEVÉ DE NOTRE OBSERVATION

Mycosis fongoïde avec plaques multiples infiltrées. tumeurs et ulcérations

(Observation due. à l'obligeance de M le professeur Léon Perrin)

C... Vincent, âgé de 59 ans, entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de la clinique dermatologique, salle Tricon, n°26, en novembre 1910, pour un prurit violent et des ulcérations multiples sur les membres, le tronc et la face.

C'est un homme robuste qui n'a jamais fait de maladies sérieuses ; originaire d'Italie, il est à Marseille depuis 15 ans et travaille sur les quais. Ses parents sont morts âgés : la mère à 69 ans, de pneumonie, le père aurait eu une attaque à 72 ans.

Le début de l'affection qui l'amène à l'hôpital remonte à 8 ou 10 ans. C'est à cette époque qu'il a commencé à avoir des démangeaisons sur diverses régions du corps, démangeaisons très violentes et au niveau de celles-ci se sont montrées peu à peu des plaques dures, les unes suintantes, croûteuses, les autres sèches. Depuis 5 à 6 mois environ, ces plaques se sont tuméfiées en certains points et des ulcérations plus ou moins étendues se sont développées. Ne pouvant plus travailler, soit à cause de ces démangeaisons, soit à cause des ulcérations nombreuses

sur le tronc et les membres, il a demandé son admission à l'Hôpital

Ce sont là tous les renseignements que l'on peut obtenir de ce malade parlant difficilement le français.

A son entrée, on constate l'état suivant :

Au point de vue général, il y a peu d'amaigrissement, malgré les insomnies et l'état nerveux du sujet. Pas de syphilis dans les antécédents ; pas d'alcoolisme et de paludisme.

Au point de vue local, on constate, ainsi que les photographies ci-jointes le montrent, de nombreuses plaques soit lichénifiées, soit eczématisées, soit mamelonnées, soit ulcérées. Elles existent à la face, sur le tronc, sur les organes génitaux, sur les membres supérieurs et inférieurs.

A la face, sur le front du côté gauche, s'étendant sur le rebord orbitaire et sur le cuir chevelu, existe une grande plaque irrégulière, lichénoïde dans sa partie interne, recouverte de saillies mamelonnées dans la partie externe et à la partie supérieure des ulcérations irrégulières polycycliques.

Sur la partie antérieure du *tronc* : plaques saillantes, épaissies, variant de dimension : 1, 2 à 5 francs en argent ; au niveau des régions sternales droite et gauche, préaxillaires droite et gauche et dans le sillon intermammaire.

Au-dessus du mamelon gauche, on voit une ulcération déchiquetée, reposant sur une base indurée et limitée par un bourrelet épaissi.

Dans la *région abdominale* : des deux côtés, mais plus marqués à gauche, des placards ulcérés avec des cicatrices blanchâtres à la partie centrale.

Au niveau du *dos*, à la partie moyenne et inférieure, s'étendant jusqu'à la région lombaire, larges plaques



avec épaississement des téguments, pigmentées en certains points, croûteuses en d'autres ou ulcérées, mais il n'y a pas de tumeurs.

Sur les fesses, placards érythémateux et squameux très prurigineux.

Entre les épaules, deux ou trois plaques arrondies, saillantes avec des surfaces croûteuses ou squameuses.

Sur les *organes génitaux*, siégeant sur le fourreau de la verge, le prépuce, le scrotum, existent des ulcérations à bords polycycliques, anfractueuses, avec des plaques cicatricielles en certains points.

Les *membres supérieurs* sont également atteints soit à leur partie antérieure, soit postérieure, mais c'est surtout à gauche, dans la région inférieure du bras et s'étendant jusqu'à l'articulation du coude un grand placard irrégulier sur lequel on retrouve des surfaces lichénoïdes, des ulcérations et des cicatrices avec aréole pigmentée.

Sur les membres inférieurs, à la partie supérieure et antérieure de la cuisse droite, à la partie moyenne de la face antérieure de la cuisse gauche, des plaques plus ou moins étendues, lichénifiées, eczémateuses et ulcérées.

Mais c'est sur la jambe droite qu'existe l'ulcération la plus étendue à la face interne du creux poplité reposant sur un placard épaissi, occupant la moitié supérieure de cette jambe.

A gauche, les plaques sont rouges, squameuses ou croûteuses, mais non ulcérées ; le prurit est très intense.

Enfin, au niveau du *gros orteil droit*, qui est comme le gauche fortement dévié en dehors, on trouve une ulcération arrondie siégeant sur une surface épaissie.

Quelle que soit la topographie des lésions multiples qui

existent chez ce malade, on voit qu'après une longue période de prurit et d'éruptions eczématiformes, on constate à son entrée dans le service de M. le professeur Perrin :

1° Des placards prurigineux avec eczématisation et lichénification.

2° Des plaques irrégulières, infiltrées, de coloration bistre rose fauve, rugueuses, présentant une limitation nettement arrêtée suivant un arc de cercle,

3° Des tumeurs irrégulières, mamelonnées, les unes dures, les autres ulcérées.

Ce sont bien là les caractères du mycosis fongoïde. On constatait de plus chez notre malade des adénopathies dures, dans les régions inguino-crurale et axillaire ; — de l'alopécie des régions axillaire et pubienne.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Comme d'autres manifestations cutanées offrent quelques traits de ressemblance avec le mycosis fongoïde, il est bon de les passer rapidement en revue. Les unes, comme les gommes syphilitiques et scrofuleuses, les tumeurs de l'actinomycose et de la sporotrichose, le cancer, la lèpre, sont d'un diagnostic facile.

D'autres, comme la sarcomatose cutanée, sont d'un diagnostic plus délicat.

1° *Gommes syphilitiques.* — Elles débutent dans l'hypoderme et les couches profondes du derme sous forme de tumeurs circonscrites. En nombre restreint, elles grossissent rapidement ; d'abord dures, mobiles, indolores, elles se ramollissent, pour venir s'ouvrir à la peau en donnant naissance à une petite quantité de liquide gommeux. L'ulcération qui en résulte, arrondie, comme taillée à l'emporte-pièce, est pathognomonique. Il n'existe pas de prurit, pas de plaques eczématiformes, ou lichénifiées.

2° *Gommes scrofuleuses.* — Caractérisées par leur siège dans une région ganglionnaire, leur longue durée, leurs bords déchiquetés, leur pus grumeleux, mal lié : rien, dans leur évolution, ne rappelle le mycosis fongoïde.

3° *Sporotrichose.* — Cette affection se manifeste par des nodosités sous-cutanées. Ces nodosités ou gommes sporotrichosiques sont indolentes, multiples de 12 à 15 et même plus, de la grosseur d'un pois, d'une noix, mobiles, dures, sans réaction ganglionnaire. Elles peuvent se ramollir et s'ulcérer. Les ulcérations sont atones, indolentes, limitées par des bords irréguliers décollés. Elles se distinguent donc du mycosis fongoïde par leur indolence, l'absence d'engorgements ganglionnaires, l'état général satisfaisant. En cas de doute, le traitement par l'iodure de potassium et la recherche du parasite, permettront d'établir le diagnostic.

4° *Actinomycose.* — Affection causée par un champignon « l'Actinomyces Bovis », elle se caractérise par une plaque rouge, violacée, mamelonnée, indurée à la périphérie, ramollie ou ulcérée au centre. Les ulcérations sont très creuses, à bords d'un rouge violacé, nettement décollés, en entonnoir : le fond est irrégulier, recouvert d'un liquide purulent mal lié, dans lequel, on peut retrouver le grain jaune caractéristique de l'affection : petite masse de volume d'un tête d'épingle, d'un jaune soufre.

5° *Le Cancer.* — Notre malade, avons-nous dit, présentait au niveau de la verge et sur le scrotum des ulcérations polycycliques, anfractueuses, avec des plaques cicatricielles en certains points. En raison de son âge, on pouvait penser à des lésions épithéliomateuses : mais l'épithélioma ulcéré ne s'accompagne pas de prurit, ses bords sont épais, durs, d'une dureté spéciale comme cartilagineuse, le fond est inégal, anfractueux : l'épithélioma ulcéré ne rétrocède pas et l'état général est franchement mauvais.

6° *Lèpre tuberculeuse.* — Dans la lèpre, il y a bien également des macules, des tubercules, des ulcérations. On sait que Bazin, frappé par cette ressemblance, avait appelé le mycosis fongoïde : lèpre indigène. Mais la macule lépreuse est jaunâtre couleur chamois. Le tubercule lépreux est une nodosité arrondie d'un volume variant de celui d'un grain de mil à celui d'une noisette, comme enchâssé dans le derme, de couleur jaunâtre, cuivré. Les ulcérations lépreuses, ordinairement petites, ont des bords indurés, déchiquetés, taillés à pic ; elles se cicatrisent et se reproduisent à plusieurs reprises : les cicatrices scléreuses sont blanches ou noires. Mais, caractère différentiel important : l'anesthésie au niveau des macules et tubercules lépreux, — anesthésie qui n'existe pas dans le mycosis fongoïde. La recherche du bacille de Hansen compléterait le diagnostic.

7° *Sarcomatose cutanée.* — Le sarcome télangiectasique (type Kaposi) débute presque toujours par les extrémités ; il a une teinte violacée spéciale, il n'existe pas de périodes eczématiformes ou lichénoïdes. Certaines variétés de sarcome généralisé et le mycosis à tumeurs d'emblée, sont plus difficiles à différencier : dans le mycosis, les tumeurs sont d'un rouge brique, elles apparaissent et disparaissent pour se fixer sur d'autres points jusqu'alors épargnés ; les lésions se généralisent moins que dans le sarcome.

HISTOLOGIE DES LÉSIONS CUTANÉES INITIALES DU MYCOSIS FONGOIDE

L'histologie des lésions cutanées initiales du mycosis fongoïde n'a encore fait l'objet que d'un nombre relativement restreint de travaux ; la plupart des auteurs se sont, en effet, attachés à décrire surtout les lésions anatomo-pathologiques à la période des tumeurs. M. le docteur Rouslacroix, qui a spécialement étudié ces altérations initiales dans le cas présent, a bien voulu nous faire part de ses observations, observations qui, du reste, ont été communiquées à la Réunion Biologique de Marseille (séance du 21 janvier 1913. *In* comptes rendus Soc. de Biol., 1913, p. 219.)

Tout à fait au début, à la période de *macules érythémateuses* légèrement surélevées, on constate :

1° Une desquamation complète des lames superficielles de l'épiderme jusqu'au stratum granulosum qui est, en général, respecté.

2° Une hypertrophie simple, très marquée du corps muqueux de Malpighi, caractérisée par l'augmentation de volume et l'allongement des bourgeons interpapillaires. L'assise basilaire perd sa régularité : ses cellules, pauvres en granulations pigmentaires, ne donnent plus une couche bordante nette d'éléments cylindriques ; elles se multiplient et prolifèrent dans tous les sens. La membrane



Gross. 200 environ.

Desquamation des couches superficielles de l'épiderme. — Hypertrophie simple du corps muqueux de Malpighi et allongement des cônes interpapillaires (CC'). — Multiplication des cellules basilaires (b).



Aspect pseudo-épithéliomateux de la papule indurée. — Gr. = 150 environ. — Congestion capillaire des papilles dermiques modifiées (Ca).

basale disparaît, mais néanmoins les cônes épithéliaux sont encore bien distincts et séparés du derme. Les cellules malpighiennes polyédriques sont hypertrophiées et présentent un noyau pâle entouré d'une large auréole de protoplasma clair, ce qui leur donne un aspect vésiculeux.

3° Les papilles dermiques, modérément chargées en cellules libres, paraissent comme étranglées à leur base et montrent une congestion marquée des capillaires terminaux.

Au *stade des papules*, des plaques indurées ou lichénoïdes, la prolifération épidermique devient beaucoup plus intense et offre une *apparence pseudo-épithéliomateuse* très particulière. Les cônes interpapillaires pénètrent profondément dans le derme, perpendiculairement à la surface de la peau, par des digitations, des prolongements frangiformes ; de plus, ils se ramifient, se fusionnent latéralement, constituant ainsi une sorte de réseau dont les aréoles sont formées par les papilles dermiques plus ou moins isolées, déviées de leur sens normal par ces tractus divergents de cellules épithéliales. Néanmoins l'ordination pavimenteuse stratifiée reste régulière et l'on n'observe ni désorientation cellulaire, ni formation de globes épidermiques vrais.

Le tissu conjonctif des papilles dermiques modifiées ne présente pas une grande richesse en éléments libres du tissu lymphoïde ; il est constitué surtout par des cellules fixes, étoilées ou fusiformes, anastomosées. Mais la modification prédominante des papilles à ce stade réside dans la congestion très intense des capillaires : ceux-ci, d'abord gorgés de sang, ne tardent pas à se rompre et il se produit ainsi de multiples petits foyers hémorragiques limités par les tractus épithéliaux. Ces foyers viennent en cer-

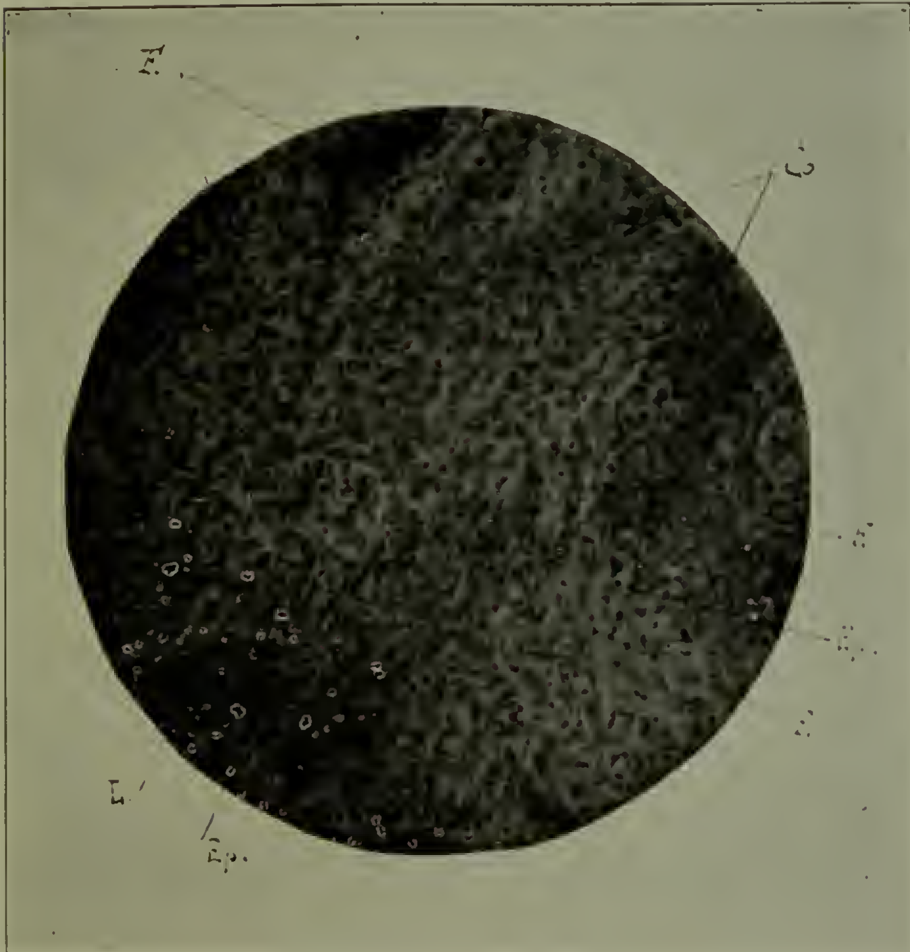
tains points faire saillie à la superficie des plaques, où seule la fragile barrière de trois ou quatre assises decellules malpighiennes s'oppose encore au processus ulcératif.

Ce mélange de prolifération épidermique pseudo-épithéliomateuse et de congestion hémorragipare des papilles, nous paraît assez caractéristique des lésions du mycosis fongoïde à cette période. Déjà signalé en partie par Siredey, il n'apparaît pas comme une modificatiou irritative banale,et ne saurait, d'autre part, être confondu histologiquement avec la lobulation épithéliale massive, régulière, limitée, des papillomes cornés, d'ailleurs habituellement peu vascularisés.

Au niveau des parties profondes du derme, s'observe l'infiltration cellulaire dans laquelle la plupart des auteurs ont voulu voir la lésion anatomique initiale du mycosis. La prédominance des éléments libres mononucléés dans cette infiltration paraissait devoir lui assigner exclusivement une origine mésodermique et permettre de rapprocher ces néoplasies cutanées du sarcome.

En réalité, on constate que ces éléments n'ont pas une origine univoque. A côté des cellules fixes ou libres du derme, cellules fusiformes, étoilées, lymphocytes, mastzellen, plasmazellen, il existe un grand nombre de grosses cellules polyédriques ou arrondies qui dérivent manifestement de l'épithélium.

Les bourgeons, les franges épithéliales ne présentent pas de limite nette qui les sépare du derme. La multiplication désordonnée des cellules basilaires aboutit à la dissociation terminale complète de ces franges etentraîne une pénétration, un mélange très intime des éléments épithéliaux et conjonctifs. Les cellules épidermiques métamorphisées, revêtent un polymorphisme qui souvent



Plus fort grossissement : Gr. — 500 environ, montrant la pénétration, le mélange des cellules d'origine épithéliale et des cellules lymphoïdes, qui constitue l'infiltration profonde du derme.

Co = Extrémité des cônes épithéliaux.
Ep = Cellules épithéliales isolées.
L = Lymphocytes.
F = Cellules fusiformes.

ne permet pas de les différencier des mononucléaires voisins, quoique, en général, elles restent faciles à reconnaître grâce à leur volume plus considérable, la netteté de leur contour, leur protoplasma clair, leur noyau central ovalaire.

A l'inverse des papilles dont nous avons signalé la congestion hémorragique, cette modification des couches profondes de la peau est accompagnée d'une faible vascularisation. Les capillaires, modérément distendus, ne sont pas plus abondants que dans le derme normal ; ils se montrent seulement entourés d'un petit manchon de cellules rondes. Nous n'avons rencontré aucun de ces espaces vasculaires, de ces lacs sanguins sans paroi propre qui sont caractéristiques des formations sarcomateuses.

En résumé, sans préjuger en rien de la nature du mycosis fongoïde, il semble que les lésions cutanées initiales ont pour siège le revêtement épidermique. Le point de départ histologique de cette affection consisterait dans une sorte de métaplasie épithéliale qui évolue parrallèlement à la réaction congestive des papilles et permet d'attribuer aux cellules malpighiennes une large part dans l'infiltration dermique profonde.

L'interprétation de ces faits est aujourd'hui vivement éclairée à la lumière des théories nouvelles qui viennent battre en brèche la conception un peu étroite de la spécificité cellulaire de Bard.

D'après M. le docteur Rouslacroix, il se passerait dans le mycosis fongoïde, un processus analogue à celui que Retterer et Lelièvre ont observé fréquemment et qui consiste dans la transformation des cellules épithéliales en cellules du type lympho-conjonctif.

On sait que ces auteurs ont notamment signalé la trans-

formation des cellules épithéliales d'un épithélioma en tissu conjonctif ; la transformation de l'épithélium en tissu fibreux dans un cas de polype sus-amygdalien.

Ils ont également signalé (chez les oiseaux) l'origine épithéliale des follicules clos tégumentaires et leur mode de transformation en tissu conjonctif réticulé.

Retterer et Lelièvre avaient d'ailleurs été précédés dans cette voie par Cordes et J. Wright qui avaient également cité plusieurs observations de transformation d'épithélium amygdalien en tissu conjonctif.

Retterer et Lelièvre concluent à la pathogenèse suivante: « Sous l'influence de facteurs inconnus, le revêtement épithélial a proliféré et développé des bourgeons épithéliaux, végétant dans le derme. Ces bourgeons épithéliaux après avoir cessé de s'accroître en longueur et en largeur se sont transformés : en se multipliant par voie mycosique, leurs cellules épithéliales ont donné naissance à un syncytium d'abord à noyaux volumineux, puis à petits noyaux hyperchromatiques. Au lieu de subir la fonte, comme cela a lieu dans les follicules clos des jeunes animaux, le cytoplasma à petits noyaux a évolué dans le sens progressif en élaborant des fibrilles conjonctives et en constituant une masse fibreuse. »

Ajoutons que si nous avons pu constater dans le mycosis fongoïde ces formes de passage épithélio-conjonctives nous n'avons pas vu ce syncytium à noyaux volumineux.

Quoiqu'il en soit, bornons-nous à signaler ces faits sans vouloir en tirer de conclusion pathogénique ; mais il semble assez nettement que le processus irritatif initial des tumeurs cutanées du mycosis fongoïde réside histologiquement dans la couche profonde du revêtement épidermique.

Le malade présentait en outre des lésions du foie et de

la rate. Nous les signalons à titre simplement documentaire, car nous ignorons totalement si elles doivent être rapportées à l'affection ou à une infection concomitante : alcoolisme, tuberculose.

Le Foie présente des lésions de *cirrhose* très accentuée. La capsule de Glisson est épaissie et présente, dans la partie voisine du péritoine, la structure d'un fibrome lamellaire. La partie avoisinant le foie montre une infiltration très dense de cellules embryonnaires et fusiformes qui pénètrent dans l'intérieur de la glande sous forme de fines travées et viennent rejoindre les ilôts de sclérose périportale. C'est au niveau des espaces de Kiernau que les lésions cirrhotiques sont les plus accentuées : il s'agit d'une cirrhose jeune, riche en éléments lymphoïdes accompagnée de dilatations capillaires et très pauvre en néocanalicules biliaires.

En certains points, les cellules lymphoïdes sont assemblées en nodules péri-vasculaires qui rappellent l'aspect des nodules inflammatoires du foie infectieux (on n'observe pas de cellules géantes). Les veinules centro-lobulaires sont très fortement dilatées et cette congestion se prolonge dans les capillaires intertrabéculaires amenant une dislocation excentrique des trabécules de cellules hépatiques. Ces cellules parenchymateuses se montrent intactes à la périphérie du lobule ; au contraire, vers le centre, elles offrent des lésions très marquées de dégénérescence granulo-graisseuse et pigmentaire.

Dans *la rate*, ce qui prédomine, c'est *l'énorme congestion* de l'organe, l'augmentation de nombre et de volume des glomérules de Malpighi. Ces glomérules apparaissent comme baignant dans une nappe d'infiltration sanguine. Ils sont constitués presque exclusivement par des mononucléaires groupés et très denses autour du capillaire

central. Ces éléments lymphoïdes à noyaux régulièrement arrondis prenant fortement les colorants basiques sont entourés d'une petite auréole de protoplasma homogène faiblement acidophile. Il n'existe pas d'éléments granuleux, ni de myélocytes.

Ces lésions sont comparables à celles que l'on a observées dans certains cas de leucémie lymphoïde.

TRAITEMENT

Traitement interne. — Un des meilleurs médicaments est sans contredit l'arsenic avec ses composés et dérivés. Nous avons alterné chez notre malade la liqueur de Fowler (de 5 à 30 gouttes par jour, par doses progressivement croissantes), — l'arséniate de soude : deux milligrammes *pro die*, — le cacodylate de soude en injections sous-cutanées : cinq centigrammes par jour pendant dix jours ; reprise du traitement après dix jours de repos.

Un nouveau composé arsenical le 606 venait d'être découvert. Nous avions pensé faire au malade quelques injections de salvarsan. Malheureusement son état ne nous l'a pas permis : notre malade était un scléreux, il y avait à craindre sous l'action du 606 des réactions méningées ou à redouter des accidents d'insuffisance hépatique. Il n'en reste pas moins vrai que le praticien possède à l'heure actuelle deux médicaments nouveaux : 606 et néo 606, susceptibles d'être employés toutes les fois que le permettra l'état du sujet,

Ce n'est pas que l'arsenic soit le médicament spécifique du mycosis fongoïde, mais il agit surtout comme reconstituant, comme tonique.

. Au traitement arsenical fut combinée la radiothérapie. Cette méthode fut appliquée en France pour la première fois en 1903, sur une malade atteinte de mycosis grave.

Depuis, les observations se sont multipliées et il semble, à l'heure actuelle, que la radiothérapie associée aux injections arsenicales soit le traitement de choix du mycosis fongoïde.

Sous l'influence de la radiothérapie, de 4 à 6 H par séance, notre malade a vu se calmer son prurit intolérable, les tumeurs avaient regressé et les ulcérations s'étaient cicatrisées. On peut s'en convaincre du reste par les photographies : les tumeurs de la face et du membre supérieur gauche ont disparu. A cause de l'étendue et du nombre des lésions, le malade a eu des centaines de séances : les ulcérations les plus gênantes et les plus anciennes : organes génitaux, dos, membres inférieurs, ont été cicatrisées. Le malade allait quitter l'hôpital, quand il succomba brusquement à la suite d'hémorragie cérébrale. Notre malade, nous l'avons dit, était un scléreux : cette fin rapide n'a rien qui puisse nous surprendre.

Localement. — Nous nous sommes contenté de faire sur les ulcérations des pansements bicarbonatés (10 gr. pour un litre), le malade ne supportant ni le coaltar saponiné, ni l'acide phénique, ni le naphtol camphré.

Comme antiprurigineux : les acides phénique, tartrique salicylique : le thigénol et l'ichtyol en solutions ou en pommades.

BIBLIOGRAPHIE

AUGAGNEUR (V.). — Mycosis fongoïde bénin. Mém. Comptes rend. Soc. Lyon, 1889-1890, 2-35.

— A propos d'un cas de mycosis fongoïde anormal. Ann. Dermat. Syph., Paris, 1894, 445-459.

AUDRY (Ch.). — Dermatite pustuleuse prémycosique. Annales Dermat. et Syph. Paris, 1905, p. 433-437.

AUDRY (Ch.) et COMTÉCLERAX. — Suite et fin d'une observation d'érythrodermie pustuleuse prémycosique terminée par la mort avant l'apparition des tumeurs. Ann. Dermat. Syph. Paris, 1906, p. 379.

BROCQ, BISSÉRIÉ et BELOT. — Mycosis fongoïde traité par la radiothérapie. Ann. Dermat. Syph. Paris, 1904, p. 140.

BLASCHKO. — Erythrodermie prémycosique. Berliner Dermat. Gesselsch., 1er mars 1904.

BRAULT. — Mycosis fongoïde traité par les nouveaux composés arsenicaux. Bull. Soc. Franç. Dermat. et Syph. Paris, 1911, 395.

BROCQ (L.) et MATTON. — Cas de mycosis fongoïde. Ann. Soc. fr. dermat. et syph. Paris, 1891, 308-311.

BROCQ (L.). — Traité de Dermatologie pratique. Paris, Oct. Doin, 1907, 2 vol.

BESNIER (E.), BROCQ (L.) et JACQUET (L.). — La Pratique dermatologique. Paris, 1902, t. III.

BESNIER et HALLOPEAU. — Sur les érythrodermies du mycosis

fongoïde. Ann. Dermat. et Syph. Paris, 1892, 987-1003.

BRUCHET. – Mycosis fongoïde. Ann. dermat. et syph. Paris, 1889, 579-583.

BONNET et GOYET. — Mycosis fongoïde. Lyon médical, 1910, XIII, 809.

BAYET (A.). — Cas de mycosis fongoïde. Soc. Belge de dermat. et syphil. Bruxelles, 1901-1902, II, 98.

BELOT (J.). — Traitement du mycosis fongoïde par la radiothérapie. Presse médicale, Paris, 1905, I, 253-255.

BRODIER (L.). – Mycosis fongoïde. Gazette des Hôpit., Paris, 1893, 1113-1122.

BESNIER. – Mycosis fongoïde. Maladie d'Alibert. Musée de l'Hôpit. St-Louis. Iconographie des maladies syph. Paris, 1896, 95-102, 1 pl.

BONAMY et MALHERBE. — Un cas de mycosis fongoïde. Gaz. méd. Nantes, 1895-1896, 84-96, 1896-1897, 91.

BELOT. -- La radiothérapie. Son application aux affections cutanées. Thèse de Paris, 1904.

BESNIER (E.). — Lymphomatose cutanée généralisée ou dermatite lymphoïde généralisée, avec nodules plaques et tumeurs ; lymphodermie pernicieuse de Kaposi. Réunion clin. de l'Hôpit. Saint-Louis. C. R. Páris, 1888-1889, 138-144.

BAZIN. Art. mycosis. Dictionnaire encyclopédique des Scien- médicales de Déchambre.

BESNIER (E.). — Deux observations nouvelles pour servir à l'histoire clinique du mycosis fongoïde, et particulièrement de la période prémycosique de cette maladie. Ann. Dermat. et Syph. Paris, 1892, 241-252.

BESNIER et HALLOPEAU. — Sur un cas de mycosis fongoïde d'emblée avec lésions aiguës multiformes. Vérification historique. Ann. Dermat. et Syph., Paris, 1897, 743-750.

BONAMY et MALHERBE. — Un cas de mycosis fongoïde, érythrodermie prémycosique eczématiforme, néoplasies ulcérées. Gaz. Méd., 1895-6, XIV, 84-96, 1 pl.

BROCQ (L.). — Note sur le traitement du mycosis fongoïde par la radiothérapie. Bull. Soc. Méd. Hôpit. Paris 1908, p. 627.

BUREAU (G.). — Mycosis fongoïde traité par la radiothérapie. Gaz. Méd. de Nantes 1908, 688.

CIVATTE. — Erythrodermie prémycosique. Annales Dermat. et Syph., 1908, p. 311.

DANLOS. — Mycosis fongoïde. Ann. Dermat. et Syph., Paris, 1902, 155.

— Mycosis fongoïde à évolution rapide. Ann. Dermat., Paris, 1902, 1168-1173.

DU CASTEL et LEREDDE. — Mycosis fongoïde : Anomalies de la période prémycosique. Ann. Dermat. et Syph., Paris, 1898, 253-258.

DANLOS. — Deuxième communication à propos d'un cas de mycosis fongoïde. Ann. Dermat. et Syph., Paris, 1903, 239-243.

— Mycosis fongoïde ou sarcome Ann Dermat. et syph., Paris, 1903, 300-385.

DU CASTEL. — De la période prémycosique. Indépendance Médicale, Paris, 1896, 193.

DUBREUILH (W.). — Mycosis fongoïde : période prémycosique ayant duré trente ans. J. des mal. cutan. et syph., Paris, 1893, 408-410.

DOMINICI. — Anatomie pathologique du mycocis fongoïde. *In* Maladie de la peau du Nouveau traité de médecine de Gilbert et Thoinot, fasc. 14.

DUBOIS-HAVENITH. — Un cas de mycosis fongoïde. Presse méd. Belge, Bruxelles, 1911, 415-417.

Delbet (L.). — Mycose cervico-thoracique. Clinique, Paris, VI, 533.

Fabre (P.). — Sur le mycosis fongoïde : coup d'œil récapitulatif sur les observations de mycosis fongoïde publiées jusqu'à ce jour. Gazette méd. de Paris, 1884, 409-421.

Feulard (H.). — Mycosis fongoïde forme à tumeur d'emblée. Musée Hôpit. Saint-Louis, Iconog. mal. cutan. et syph., Paris, 1896, 119-126, 1 pl,

Gaston. — Mycosis fongoïde, érythème permanent et néoplasies rémittentes. Ann. Dermat. et Syph. Paris. 1902, 599.

Gaucher et Lacapère. — Mycosis fongoïde à forme cyanotique. Ann. Dermat. et Syph. Paris. 1901, 555-558.

Gaucher et Rostaine. — Mycosis fongoïde circiné. Ann. Dermat. et Syph. Paris, 1903, 598.

Gaucher (E.), Joltrain et Brin (L.). — Séro-diagnostic du mycosis fongoïde. J. de méd. int. Paris, 1909, XIII, 315. Compt. rend. Soc. Biol. Paris, 1909, 494-496.

Gaston et Sabareanu. — Mycosis fongoïde. Bull. Soc. franç. dermat. syph. Paris, 1900, 114-119.

Gaucher. — Le mycosis fongoïde, période prémonitoire et période d'état. Gaz. des Hôp. Paris, 1905, 171-173.

— Le mycosis fongoïde, marche, diagnostic, traitement. Gaz. des Hôp., Paris, 1905, p. 291.

Gaucher et Hallopeau. — Sur un mycosis fongoïde à forme ulcéreuse et serpigineuse. Ann. dermat. syph. Paris, 1906, 697.

Gaucher, Joltrain et Flurin. — Deux cas de mycosis fongoïde avec sérodiagnostic positif. Bull. Soc. franç. dermat. et syph. Paris, 1910, XXI, 127.

Gaucher. — Les mycoses : symptomatologie et diagnostic. Rev. intern. Méd. et Chir., Paris, 1910, XXI, 41-43.

GASTON et UMBERT. — Etude histologique d'un cas de mycosis fongoïde (lymphodermie pernicieuse). Ann. Dermat. et Syph., Paris, 1903, 407-411.

GAUCHER (E.). — Note sur l'Anatomie pathologique et la nature du mycosis fongoïde. Congr. intern. Médec., Paris, 1900, Section de Dermat. et Syph., 743-745.

— Erythème prémycosique. J. des mal. cutan. Paris, 1904, 831.

GAUCHER, GASTON et BOISSEAU. — Mycosis fongoïde localisé, traité par la radiothérapie. Ann. Dermatol et Syph., Paris, 1905, p. 979.

HALLOPEAU et GUILLEMOT (A.). — Sur deux anciens et deux nouveaux cas de mycosis fongoïde. Ann. dermat. et syph. Paris, 1895, 540-545.

HALLOPEAU. — Nouvelles études cliniques sur le mycosis fongoïde. Atti. d. XI[e] Cong. med. internaz., 1894. Roma, 1895, V. Dermat., 138-140.

HALLOPEAU (A.) et JEANSELME. — Sur la forme érythrodermique généralisée du mycosis fongoïde et sur les poussées aiguës qui surviennent dans le cours de cette maladie. Bull. Soc. franç. dermat. Paris, 1891, 436-443.

HALLOPEAU, LEREDDE et LAFFITTE — Nouvelle étude sur un cas de mycosis fongoïde. Ann. Dermat. et Syph., Paris, 1898, 69-74.

HALLOPEAU (H.) et LEMIERRE. — Nouvelles études sur l'érythrodermie prémycosique. Ann. Dermat. et Syph., Paris, 1900, 762-767.

— Sur un nouveau cas d'érythrodermie prémycosique. Ann. Dermat. et Syph., Paris, 1900, 874-876.

HALLOPEAU et SALMON. — Sur trois cas de mycocis fongoïde. Ann. Dermat. et Syph,, Paris, 1895, 331-339.

Hodara (M.). — Un cas de mycosis fongoïde. Gaz Méd. d'Orient Constantinople, 1896-7, 200-203.

— Emploi interne de l'ichthyol, dans trois cas de mycosis fongoïde et examen hématologique de deux cas de mycosis à la période de début. J. des mal. cutan. et syph., Paris, 1901, 590-595.

— Sur deux nouveaux cas d'érythrodermie mycosique. Annn. Derm. Syph., Paris, 1904, p. 144.

Hallopeau et Laffitte. — Deuxième note sur une lymphodermie de médiane de la face. Ann. dermat. syph. Paris, 1898, 340-342.

Hallopeau et Grandchamp. — Sur un mycosis fongoïde à forme lichénoïde et en placards avec localisation initiale et disposition en groupes circinés. Ann. dermat. et syph. Paris, 1905, p. 864.

Jambon (A.) et Rimand (L.). — Un cas de mycosis fongoïde. Ann. dermat. et syph. Paris, 1909, 182-186.

Laffitte. — Examen histologique d'un cas de mycosis fongoïde. Ann. Dermat. Paris, 1897, 726.

— Présentation d'une malade atteinte de mycosis fongoïde : étude clinique et histologique. Ann. dermat. et syph. Paris, 1895, 554-557.

Leredde et Weil (E.). — Etude histologique de trois cas de mycosis fongoïde terminés par la mort : rapports du mycosis, de la lymphadénie et de la leucémie. Arch. méd. expér. d'anat. path. Paris, 1898, X, 124-145.

Leredde. — Sur un cas de mycosis fongoïde. Ann. Dermat. et Syph., Paris, 1895, 207.

— Article Mycosis fongoïde, *in* Pratique Dermatologique.

Malherbe (A.), Monnier (U.) et Malherbe (H.). — Un cas de mycosis fongoïde avec envahissement des viscères. Arch. Prov. de Méd., Paris, 1900, 97-123. Gaz. Méd., Nantes, 1899-1900, 230-238.

Malherbe. — Le mycosis fongoïde. Progrès méd., Paris, 1895, 193-196.

Martin-Roux (H.). — Mycosis fongoïde à ulcérations profondes et multiples, traité et guéri par les toxines solubles du streptocoque de l'érysipèle. Rev. de Méd., Paris, 1905, 345-367.

Matza (A.-G.). — Contribution à l'étude du mycosis fongoïde. Symptomatologie, anatomie pathologique, etc., Paris, 1900.

Pautrier (L.-M.). — Mycosis fongoïde à tumeurs d'emblée. Ann. dermat. et syph. Paris, 1909, p. 314-317.

Perrin (Léon). — De la sarcomatose cutanée. Thèse de Paris, 1886.

Quinquand (C.-E.) et Leredde. — Note sur deux cas de mycosis fongoïde. Ann. dermat. et syph. Paris, 1893, 1276-1288.

Retterer et Lelièvre. — Transformation des cellules épithéliales d'un épithélioma en tissu conjonctif. Soc. de Biol., année 1910, p. 502.

— Transformation de l'épithélium en tissu fibreux (polype sus-amygdalien). Soc. de Biol., année 1912, p. 742.

Rouslacroix. — Lésions cutanées initiales du mycosis fongoïde. Soc. de Biol., année 1913, p. 249.

Reboul (J.). — Un cas de mycosis fongoïde ou de sarcomatose cutanée, traité avec succès par le naphtol camphré (pansements et injections interstitielles). Gaz. Hôpit., Paris, 1890, 1281. J. Mal. Cut. Syp., Paris, 1890-91, 335-339.

Roux et Pottosson (A.). — Mycosis fongoïde ou sarcomatose cutanée. Mém. et compte-rendu. Soc. de Sc. méd., Lyon, 1893-1894, p. 194-196.

Robilliard (A.-J.-A.). — Du mycosis fongoïde et spécialement de la forme dite à tumeurs primitives d'emblée, etc., Bordeaux, 1899.

Tenneson. — Un cas de mycosis fongoïde. Ann. dermat. et syph. Paris, 1892, 31-33.

— Mycosis fongoïde. Ann. dermat. et syph. Paris, 1893, p. 848.

Vidal. — Observation de lymphodermie pernicieuse. Réunions clin. de l'Hôpit. Saint-Louis. C. R. Paris, 1888-1889, 145-154.

— Parasites dans le sang d'un malade atteint de mycosis fongoïde. Bull. Acad. Méd., Paris, 1892, p. 440.

Villaine (G.). — Contribution à l'étude du traitement radiothérapique du mycosis fongoïde. Th. de Paris, 1912.

Wickham (L.). — Erythrodermie généralisée du mycosis fongoïde, type scarlatiniforme. Ann. Dermat. et Syph., Paris, 1894, 451-455.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 20 février 1913.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 20 février 1913.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !